



ໃບຄໍາຮ້ອງສໍາຮັບຂໍການຊ່ວຍການປະກັນໄພສູຂະພາບແກ່ດັກ



ໃບຄໍາຮ້ອງນັ້ນແມ່ນໃຊ້ສໍາຮັບຂໍການຊ່ວຍປະກັນໃນສູຂະພາບແກ່ດັກຂະອາຫຼຸມທີ່ນີ້ອາຍຸດຸດ 19 ປີທີ່ນັ້ນ. ພໍ່ນັ້ນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຮັດວຽກລົງພື້ນຖານຊ່ວບສັງຄົມ, ໝ່າຍ່າງ, ຫລື ໂວຍ່າມ ທີ່ສໍາລັບ
ເວົາໂອງາດຕື່ມໃນຄໍາຮ້ອງໄດ້. ພວກເຮົາຈະສຶ່ງຂໍ້ມູນຕິດຕາມທັງໝົດໃຫ້ຄົນທີ່ນີ້ຢູ່ໃຫ້ອງເຄົາໝົງນັ້ນ. ຖ້າທ່ານເນື້ອມານີ້ຄໍາຖານໃດໆແລະປາກໃຫ້ຊ່ວຍທີ່ໃຫ້ຄໍາຮ້ອງນີ້, ພຽງແຕ່ໃຫ້ໃຫ້ເລົາ
1-877-543-7669. ພວກເຮົາເຕັມໃຈຊ່ວຍທ່ານ!

ກະຊວງຊາຍນເປັນຄົວເປີນ (ໃຫ້ຊ່ວຍຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ຮັດວຽກລົງພື້ນຖານຕິດຕາມ)

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---|-----|--------|
| 1 ຂຶກ | ຊື່ກາງ | ນາມສະກຸນ | | |
| 2 ບ່ອນຢູ່ທີ່ທ່ານຢູ່ | ຖົນ | ເມືອງ | ຮັດ | ຊີບໄຄດ |
| 3 ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ (ຖັກແຕກຕ່າງໆກັນ) | ຖົນ | ເມືອງ | ຮັດ | ຊີບໄຄດ |
| 4 ເລັກໄທຮະສັບຕ່າງໆ ບ້ານ () | 5 ທ່ານມີຄວາມຫຼັງບາກໃນການປາກ, ອ່ານ, ຫລືຂຽນພາສາອ້າງກິດບໍ່? ທ່ານປາກໃຫ້ສຶ່ງໜ້ວຍສີຕ່າງໆຫາທ່ານເປັນພາສາອື່ນບໍ່? ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? (ຖ້າປ່າງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານຜ່ານນາຍພາສາ) ທ່ານປາກພາສາຫັງ? | ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ປາກໃຫ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ປາກໃຫ້ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> | | |
| ບ່ອນຮັດວຽກ () | 6 ໃນຄອບຄອຂອງທ່ານມີຄົນຖືພາບໍ່? ຖ້າ “ມີ”, ແມ່ນໃຜ? | ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> | | |
| ຝາກຄວາມ () | | | | |

ຂໍ້ວ່າງຂໍ້ມູນທີ່ໄປ

| | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|----------------|---|---|
| 7 ໃຫ້ໃລ້ຊື່ສະມາຊີກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ປູ່ຮ່ວມກັນ (ຖ້າຈະເປັນ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈັດຕັ້ງຕື່ມເພື່ອຂຽນຊື່ສະມາຊີກຂອບຄົວທຸກຄົນເພີ່ມ.) | | | | | | |
| ຊື່ (ຂຶກ, ຂື່ງ, ນາມສະກຸນ) | ຄວາມສຳພັນ ຕໍ່ທ່ານ | ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ) | ເລັກປະກັນ ສັງຄົມ (ໄຊໄຊ) * = ເລືອກໄໄດ້ | ແພດ ຊາຍ ບົງ | ເປັນສັນດາດ ອະນະຮີກັນ ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ | ຖ້າດັກບໍ່ເປັນ ສັນດາດອະນະຮີກັນ, ໃຫ້ຕື່ມ |
| A. ພໍ່ນັ້ນ, ຜູ້ປົກຄອງ, ຫລືຕົນເອງ | | | * | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ດັກນີ້ເອກະສານ ແຈ້ງຖານະປະຊາຊົນ ຂອງລາວບໍ່? ມີ ບໍ່ມີ |
| B. ຜົວດັນຫລືພໍ່ແມ່ນື່ນງ່າງ (ຖ້າຢູ່ໃນເຮືອນດວກັນ) | | | * | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ມີ ບໍ່ມີ |
| C. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງດັກທຸກຄົນທີ່ອາຍຸດຸດ 19 ພົມງາມ (ຜູ້ຢູ່ຕ້ອງການປະກັນໄພສູຂະພາບ) | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| D. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| E. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| F. | | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| G. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍ່ ດັກນັບປົກໃນເຮືອນທຸກຄົນ (ຜູ້ຢູ່ຕ້ອງການປະກັນໄພສູຂະພາບ) | | | * | | | ໝາຍເຫດ: ກະຊວງນັ້ນຕິດຫັດເອກະສານ ທີ່ສະແດງຖານະການເປັນປະຊາຊົນ ຂອງດັກໄປເປັນ. |
| 8 ດັກທີ່ອາຍຸດຸດ 19 ສິ້ນຄອບຄົນນັ້ນຄົນພິການຫລືບໍ່? ຖ້າ “ແມ່ນ”, ແມ່ນໃຜ_____ | ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> | | | | | |

ຮາຍຈ່າຍຕ່າງໆ ຂັ້ນນັ້ນຈະຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ.

| | |
|---|---|
| 9 ທ່ານຈ່າຍຕໍ່ຝາກດັກບໍ່ ໃນຕອນທີ່ທ່ານຮັດວຽກບໍ່? ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຫົນອື່ນດູແລຜູ້ໃຫ້ບໍ່ພາຍໃນບ້ານທີ່ເປັນພິການບໍ່? | ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະຫໍ່ໄດ້? \$ _____ |
| 10 ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຕໍ່ຝາກດັກຕາມຄໍາສົ່ງຂອງສານໃນຕອນທີ່ທ່ານຮັດວຽກບໍ່? | ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຈ່າຍ <input type="checkbox"/> ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະຫໍ່ໄດ້? \$ _____ |



รายได้ จำนวนเงินที่ห้ามได้รับ (ก่อนหักภาษีและค่าอื่นๆ).

ຂ່າວຂໍ້ມູນການປະກັນໄຟສະຫະພາບ ໃຫ້ບອກປະກັນໄຟສະຫະພາບທຸກໆປ່າທີ່ດັກຂອງທ່ານມີແລ້ວໃຫ້ພວກເຮົາຮັກ.

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>25 ມີເຕັກຜູ້ໃຈຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍປະກັນໃນສູວະພາບໃຫ້ນີ້ເຄີຍນີ້ປະກັນໃນສູວະພາບ ມາກອນແລ້ວບໍ່? ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/></p> | <p>25 ຖ້າ “ມີ” ການປະກັນໃນບັນດັບກັນການນິຍົມ, ໂຮງໝໍ, ອັກສົງ (ຮັກສືວິທະບາ) ແລະການນິຍົມການທັງທິດອອງຈິທະບາສາດບໍ່? ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/></p> | <p>26 ໃນເສື້ອໂຄນ໌ທີ່ຜ່ານມາ, ລຸກຂອງງ່າມນີ້ໄດ້ຮັບປະກັນໃນຈາກການຕັ້ງເປັນທີ່ກ່ຽວກັບວຽກງານບໍ່? ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/></p> | <p>26 ຖ້າ “ເຄີຍ” ຈໍາປະກັນໃນທີ່ຈ່າຍປະຈຳເດືອນຕໍ່ກວ່າ \$50 ຕໍ່ເດືອນບໍ່? ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/></p> |
| <p>27 ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ “ແມ່ນ” ຕໍ່ຄ່າຖາມຂໍ້ໃດນີ້ຢູ່ເຕີງນີ້, 25 a ທີ່ b, 26 a ທີ່ b, ໃຫ້ຂຽນຂໍປະກັນໃນລົງຜ້ອມທັງໝົດອງນາບຮ້າງທີ່ໃຫ້ປະກັນໃນສູວະພາບແກ່ຕັດກຸກຄົນ.</p> | <p>ຂໍປະກັນໃນສູວະພາບຫຼິນາບຮ້າງ</p> | <p>ເຄົກປະຈຳຕົວ</p> | <p>ຂໍຜູ້ຮັບການປະກັນ</p> |

พื้นที่ทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญ ของชาติ (ข้อมูลตามให้ไว้ในหนังสือ)

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>ผู้ตอบรับทราบความสะอาดน้ำที่ใช้ของท่าน ใช้ห้องน้ำท่านอื่นเป็นหลักก่อนของ ตัวของท่านเอง ห้องน้ำจะบ่อก็ต้องปั๊บ ถึงเมื่อไหร่ก็ตามพิจารณาดูว่าจะขอจวน เข้มข้นกว่ากันให้รักษาความสะอาดของ เด็กน้อยมากกว่าให้รักษาความสะอาดของ เด็กที่มีความสามารถ</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ໃຫ້ອ່ານຢ່າງທີ່ກ້ອນກ່ອນທີ່ຈະເຊັ່ນ

- █ กิม DSHS อดีตานี้ใช้ท่านนายปูร์เชิลล์ที่ท่านใช้เป็นผู้เชื่อไปเมืองเวียดนามเพื่อจะทราบถึงความก้าวหน้าของประเทศนี้. ท่านอาจดีใจที่กิม DSHS ช่วยให้คนงานท่าขึ้นบัญชีเป็นที่ได้.
 - █ อั้มมูลของท่านจากพิธีที่บทวนจากห้องเรียนที่มีการจัดตั้งตัวอย่างของรัฐบาลในภาษาที่ฟังได้เป็นได้. อั้มมูลนี้จะถูกศึกษาอย่างละเอียดอย่างกว้างขวางโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาที่ก้าวเดินเข้าสู่อาเซียน (INS).
 - █ ภารกิจของเรานี้ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากผู้นำประเทศที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการค้าและเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.
 - █ กิม DSHS อดีตคณะกรรมการสังคมปักกิ่นในกรุงโคลัมเบียท่านกับจะมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเพื่อสนับสนุนภารกิจของเราต่อไป.

| | |
|--|-----------------------------------|
| ການແຈ້ງການແລະການເຊັນຊື່ ຮັບພະຈິາໄດ້ອ່ານແລະໄດ້ຂ້າໃຈວ່າມີໃບສະນັກນີ້ແລ້ວ. ຮັບພະຈິາຂໍແຈ້ງວ່າ, ພາຍໃຕ້ການເວົ້າທັດທຳຄວາມ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຫຼັມາແມ່ນຄວາມຈິງ. ບືກຕ້ອງ ແລະຈີບຖ້ວນການຄວາມເຂົ້າໃຈນີ້ສຸດຂອງຂໍ້ພະຈິາ. | ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮັກຂໍ X _____ |
|--|-----------------------------------|

၁၀၈

| | |
|--|--|
| <p>ໃຫ້ສັງເຕິງ: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449</p>  | <p>ເພື່ອຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຊ່ວຍ ຫລືມີຄໍາຖາມ, ກະຊົນໃຫ 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)</p>  |
|--|--|